

Documento de Trabalho nº 63, CesA, Lisboa, 2002

*O desenvolvimento humano
e os investimentos em formação médica*

O caso de Moçambique

por

Fernando de Sousa Jr.

*Fernando de Sousa Jr. é Mestre em Desenvolvimento e Cooperação Internacional.
Dissertação denominada "Contributos para o estudo da formação de médicos em Moçambique no Pós-
independência: Estudo de Caso" apresentada em Abril de 2001.
Técnico Superior do Departamento de Cooperação
do Ministério da Segurança Social e do Trabalho desde 1999.
Esteve integrado nos Núcleos Geográficos de Cabo Verde e Moçambique e,
actualmente, no da Guiné-Bissau.
Missões realizadas a Guiné-Bissau e Moçambique.*

*O desenvolvimento humano
e os investimentos em formação médica*

O caso de Moçambique

por

Fernando de Sousa Jr.

CEsA
Lisboa
2002

Índice

Introdução	3
1 – Desenvolvimento, um conceito em crescimento	4
1.1 – Conceitos de Desenvolvimento	4
1.2 – O Desenvolvimento Humano	6
1.3 – Desenvolvimento em Moçambique	7
1.3.1 – O sector da educação	9
1.3.2 – O sector da saúde	10
2 – O investimento em capital humano	13
2.1 – A teoria do Capital Humano	13
2.2. - A educação formal como capital humano	15
2.2.1. – O investimento na formação médica	16
2.2.2. – Constrangimentos da formação médica	19
2.3. – A saúde e o capital humano	20
2.3.1. – Os cuidados de saúde primários na acumulação do <i>stock</i> de saúde	21
2.3.2. – O papel do médico	23
3 –A Participação dos agentes económicos no desenvolvimento	26
3.1 – Identificação dos principais agentes económicos	26
3.2 – A utilidade social e o papel do Estado nos investimentos	28
3.3. – As expectativas e os investimentos	30
3.4. – A “irracionalidade” do <i>Homo africanus</i>	33
Conclusões	35
Bibliografia	37

Abreviaturas

BM	Banco Mundial
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMM	Faculdade de Medicina de Maputo
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para as Actividades da População
Frelimo	Frente de Libertação de Moçambique
GACOPi	Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimentos
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
ONG	Organização(ões) Não Governamental(is)
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRE	Programa de Reabilitação Económica
PRES	Programa de Reabilitação Económica e Social
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

O desenvolvimento humano e os investimentos em formação médica

O caso de Moçambique¹

por

Fernando de Sousa Jr.

Introdução

O presente documento de trabalho visa analisar o desenvolvimento humano na perspectiva dos agentes públicos e privados responsáveis pelos investimentos em formação médica (educação formal), em Moçambique.

A constatação de que ao longo das últimas décadas se tem vindo a privilegiar as políticas socioeconómicas de forma a se alcançar um crescimento sustentado faz-nos sentir que há uma evolução na própria concepção do desenvolvimento.

Quando actualmente falamos de *desenvolvimento*, referimo-nos a questões tão complexas como bem-estar individual e/ou colectivo, redução da pobreza; falamos de desenvolvimento humano, onde as variáveis para a sua quantificação são o *rendimento*, a *saúde* e a *educação*.

Sabendo que os investimentos na educação e na saúde têm impacto directo no Índice de Desenvolvimento Humano podemos pensar que o investimento em capital humano produzirá retornos esperados pelos diversos agentes económicos a longo prazo, melhorando desta forma a qualidade de vida das populações que o efectuarem.

Moçambique tem vivido um período muito rico em termos de transformações socioeconómicas, com especial incidência no período subsequente à Independência em 25 de Junho de 1975. Logo, a decisão de abordar o ensino médico justifica-se pelo ensejo de estudar o desenvolvimento daquele País em duas grandes vertentes sociais: a *educação* e *saúde*.

A acumulação de conhecimentos e a melhoria das condições de saúde são factores fundamentais para potenciar o desenvolvimento. Por outro lado, a necessidade de quadros qualificados para a definição e aplicação de políticas para a reforma do sector da saúde, faz com que a formação dos médicos assuma um papel vital na sociedade moçambicana.

¹ O presente texto foi elaborado tendo por base a Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional denominada “*Contributos para o Estudo da Formação de Médicos em Moçambique no Pós-Independência: Estudo de Caso*” orientada pelo Ph D. Paulo Ferrinho.

1 – Desenvolvimento, um conceito em crescimento

A ideia de desenvolvimento nem sempre foi aquela que conhecemos hoje. Partindo de conceitos gerais de desenvolvimento, analisaremos o conceito de desenvolvimento humano, assim como o caso específico do desenvolvimento de Moçambique, no que se refere aos sectores da educação e da saúde.

1.1. – Conceitos de Desenvolvimento

A história da Humanidade tem conhecido processos marcantes que passámos a designar por “Desenvolvimento”. Estes processos consistem em alterações profundas nos quadros mentais, métodos de trabalho, formas organizativas, instrumentos, ambições e estruturas políticas que possibilitam o acesso a uma grande e crescente quantidade e variedade de produtos (bens e serviços) para satisfação das suas velhas e novas necessidades (AMARO, 1990: 448-459). Segundo STIGLITZ, desenvolvimento representa a “transformação” da sociedade, num movimento do tradicional para o moderno, permitindo que as alterações ocorridas capacitem os indivíduos e as sociedades no maior domínio do seu próprio destino (STIGLITZ, 1998: 1-46).

É na nova possibilidade de produzir e consumir um maior número de produtos que se traduz a ideia de crescimento económico, que vai por sua vez sustentar o conceito de progresso da Humanidade e fazer surgir a expressão e a ideia de *desenvolvimento*.

Desde o período da Revolução Industrial parece ter sido encontrada a chave para a abundância através da associação de novas possibilidades produtivas, tecnológicas e políticas que se têm vindo a combinar até hoje. Na sequência dessas transformações foi criada a ideia de que a base económica constitui o centro da actividade humana, o que se traduz num excessivo economicismo das análises e das atitudes e na redução destas ao conceito de crescimento económico.

Para GHAI, a ideia de desenvolvimento é ambígua e, por isso, sujeita a diferentes interpretações. Desta forma, distingue três tipos de interpretações possíveis (GHAI, 1990: 215-246).

A primeira refere-se ao facto do desenvolvimento ser encarado diversas vezes como sinónimo de crescimento económico e, consequentemente, como crescimento do trabalho produtivo com maior incorporação de tecnologia e industrialização, contribuindo para o êxodo rural. Nesta interpretação o interesse está focado nos indicadores económicos, recusando a abordagem do ponto de vista dos padrões de vida e da dimensão humana².

A segunda interpretação entende o desenvolvimento como sendo a tentativa de solucionar os problemas da pobreza, nutrição, esperança de vida, mortalidade

² A este respeito, STIGLITZ alerta que a análise estritamente económica pode confundir não só os meios e os fins, mas também os efeitos produzidos (STIGLITZ, 1998: 1-46). O crescimento do PIB *per capita* não é um fim em si mesmo, mas um meio para melhorar os padrões de vida, diminuindo os níveis de pobreza, melhorando o nível de saúde e de educação dos indivíduos. Por outro lado, a confusão com os efeitos produzidos poderá surgir quando não se reconhece que as transformações ocorridas na sociedade são tanto resultado como causa do crescimento do PIB.

infantil, redistribuição do rendimento, literacia, educação, água potável e saneamento básico, entre muitos outros problemas sociais de que padece a Humanidade. A preocupação reside no fornecimento de bens e serviços aos indivíduos e aos grupos sociais suficientes para a melhoria dos indicadores socioeconómicos.

A terceira e última interpretação, sugerida por GHAI, debruça-se sobre o potencial das capacidades humanas nas suas relações com os outros. De acordo com esta ideia, o desenvolvimento é entendido como sendo uma visão abrangente dos processos políticos, económicos e sociais e da forma como são resolvidos os problemas através do recurso às qualificações e capacidades que foram desenvolvidas. Esta ideia não rejeita o combate à pobreza e aos outros problemas sociais, mas coloca o acento tónico nos investimentos no potencial humano³, tendo em vista a sua emancipação social e o desenvolvimento das suas capacidades técnicas e intelectuais.

As três perspectivas, embora diferentes, não são mutuamente exclusivas, sendo que a situação ideal seria incorporar em simultâneo as três ideias. Assim, estaríamos perante o crescimento do potencial e das capacidades humanas acompanhado pela redução progressiva da pobreza e das desigualdades sociais, de forma a promover a transformação estrutural na economia.

Estes são os resultados que STIGLITZ pretende obter quando propõe a implementação do que designou por *a nova estratégia de desenvolvimento*. Esta deverá ter por objectivo a *transformação da sociedade*, sendo que a

“... new development strategy will not only raise GDP per capita, but also living standards, as evidence by standards of health and literacy ... poverty goal should be its elimination, a goal that the more successful economies have actually attained” ⁴.

De acordo com os economistas que estudam as questões do desenvolvimento, existe uma profunda diferença na forma como é entendida toda a ciência económica. Assim, de um lado encontramos a abordagem da *ortodoxia neoclássica* e por outro a *heterodoxia desenvolvimentista*⁵.

A teoria ortodoxa neoclássica, segundo HIRSCHMAN, assume o conceito de “*mono-economismo*”, ou seja, crê na universalidade da ciência económica (HIRSCHMAN, 1984: 43-68). Na visão atomística, o indivíduo é entendido como simples factor produtivo e não na perspectiva de bem-estar económico, confundindo-se o *ótimo individual* com o *ótimo social* (TORRES, 1995: 83-100).

Para Dostaler, citado por TORRES, a teoria neoclássica considera que os agentes económicos agem racionalmente em função do seu interesse próprio, “enquanto que os neokeynesianos acreditam... que o *homo oeconomicus* age por impulso, que as suas escolhas não são bem informadas ou racionais”⁶. Embora admitindo que não é impossível modelizar matematicamente os processos económicos em tais circunstâncias, considera, sem ilusões, que é necessária uma

³ É de salientar que também SEN enfatiza muito mais o investimento no “potencial humano” do que no “capital humano” (SEN, 2002).

⁴ Cf. STIGLITZ, 1998: 1-46.

⁵ Cf. TORRES, HIRSCHMAN, HUGON

⁶ V. *Op. cit.*

visão mais aberta, uma vez que não se conseguirá solucionar os problemas económicos e sociais apenas com o recurso aos modelos matemáticos⁷.

Essa visão mais aberta é, por ventura, sugerida pela macroeconomia Keynesiana, pela metodologia de *projecto interdisciplinar* que prevê a integração na análise económica de diversas ciências sociais como a sociologia, a história, a política, entre outras, para uma maior compreensão do *Homo oeconomicus*. (OPPENHEIMER, 1996: 1-16).

1.2. – O Desenvolvimento Humano

No final do século passado e no advento do novo milénio aprofundou-se a preocupação com a redução da pobreza e, simultaneamente, com a melhoria das condições de vida das populações. Deste modo, foi criado o conceito de “Desenvolvimento Humano”.

Este conceito surgiu no seio da disciplina económica como resultado da evolução das políticas de desenvolvimento. E apresenta-se como alternativa às teorias ortodoxas baseadas no paradigma neoclássico.

As questões que incitaram o desenvolvimento deste conceito reflectem uma frustração crescente com as estratégias de desenvolvimento preconizadas nas décadas de 70 e 80. Na década de 90, essa ruptura com o arquétipo neoclássico conduziu à necessidade de adopção de um termo que criasse um novo conceito, em tudo diferente do anterior, e assim foi incluída a expressão “Humano”.

A adopção do referido termo impõe obrigatoriamente uma questão: “... *pode-se falar de desenvolvimento não humano?*...”⁸ Para o escritor moçambicano, Mia Couto, o facto de ser forçoso utilizar o epíteto “*humano*” denuncia uma imposição mental que não é mais do que a necessidade de humanizarmos o desenvolvimento.

De acordo com o relatório de desenvolvimento humano de 1994, o conceito de Desenvolvimento Humano não é novo, nem as suas inquietações de sustentabilidade. O texto menciona que Aristóteles escreveu que “... *a riqueza não é apenas um meio para alcançar qualquer coisa...*”, e mesmo Adam Smith, defensor da iniciativa privada, demonstrou a sua preocupação referindo que o desenvolvimento económico deveria habilitar uma pessoa a misturar-se livremente com os outros sem ficar “...*envergonhado de aparecer em público...*”.

O desenvolvimento humano assume-se assim como o resultado das diversas formas de desenvolvimento - económicas, políticas, sociais e culturais -, no sentido de permitir o alargamento das opções a efectuar pelos indivíduos e instituições, sem que sejam no futuro comprometidas as expectativas das gerações vindouras.

No desenvolvimento do conceito de Desenvolvimento Humano destacam-se três aspectos que foram já identificados como sendo indispensáveis para que os indivíduos possam expandir as suas oportunidades de vida, são eles: serem

⁷ Cf. TORRES, 1995: 83-100.

⁸ Contributo especial de Mia Couto para o Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano em Moçambique, 1998, pp. 6.

instruídos, viverem uma vida mais longa e saudável e gozarem de um nível de vida adequado. Além dos aspectos atrás mencionados foram igualmente apontados, no primeiro relatório global de desenvolvimento humano, outros aspectos como sejam: dignidade, liberdade política, garantia de outros direitos humanos, etc..

Como unidade de medida foi proposto um índice de média geral do desenvolvimento humano, que integra as três dimensões: o **nível educacional**, a **longevidade** e o **padrão de vida**. Estas dimensões são medidas através das seguintes variáveis: combinação da alfabetização adulta com a taxa de escolaridade conjunta do ensino primário, secundário e superior (índice educacional); o índice de esperança de vida à nascença (longevidade); PIB real *per capita* (dólares PPC - paridade dos poderes de compra) (padrão de vida).

Recentemente, foi dado um passo em frente na concretização do desenvolvimento humano e na tentativa de dar uma resposta cabal aos problemas que impedem a sua implementação. Na Cimeira do Milénio pela ONU, em Setembro de 2000, foram definidos oito objectivos de longo prazo (até 2015), sendo de destacar que três deles se referem directamente à melhoria das condições de saúde. Estes objectivos visam: *reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças*.

1.3. – O desenvolvimento em Moçambique

Em Moçambique, o efeito imediato provocado pela independência foi o de mergulhar o País numa profunda recessão. Durante o ano subsequente assistiu-se à saída maciça de quadros portugueses (colonos brancos, trabalhadores especializados e profissionais negros e indianos), precipitada pela violência e confusão que acompanharam a ocupação da Frelimo (NEWITT, 1997: 472-478). Já anteriormente a este êxodo verificara-se uma queda de diversos indicadores, agravada pelos efeitos da guerra israelo-árabe em 1973, que atingiu os preços pagos pelas matérias-primas tropicais. Ainda sob os efeitos da Guerra Fria, depois da proposta de cessar-fogo do exército Português e a tentativa abortada de derrube do governo por parte dos colonos em Setembro de 1974, seguiu-se a nacionalização da habitação, da saúde e da educação.

Nos primeiros anos da independência a vizinha África do Sul começou a dispensar a mão-de-obra moçambicana das suas minas. Em 1976 foram recrutados pelos sul-africanos 32 648 moçambicanos, contra os 113 488 do ano anterior. Nos dois anos seguintes, as fortes chuvas inundaram algumas zonas agrícolas vitais, incluindo o vale Limpopo, seguindo-se um período de seca que durou até 1982 e que *“levou a população do país quase à beira da fome”*⁹. Esta desagregação da economia agrícola afectou todos os sectores. Entre 1974 e 1976 a produção de colheitas para exportação diminuiu 40%, e a produção industrial reduziu 36%, em igual período. Os desempregados do sector agrícola e os mineiros desempregados da África do Sul mudavam-se para as cidades em busca de trabalho. Em cinco anos a população da capital duplicou e teve de ser

⁹ Cf. NEWITT, 1997: 472-478.

alimentada com produtos importados. Entre 1977 e 1982 as importações de alimentos tinham quadruplicado e os seus preços decuplicado¹⁰.

As duas décadas que se seguiram à independência foram marcadas por uma longa guerra civil que opôs o governo pró-marxista, apoiado pela URSS e Cuba, a guerrilhas suportadas pela África do Sul, pelos Estados Unidos e pelos aliados africanos vizinhos.

Segundo HANLON, a Frelimo “em 1982, começou a fazer a sua “viragem para o Ocidente” “ (HANLON, 1997: 11-22), o que permitiu que Moçambique obtivesse ajudas do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), tendo, no entanto, de aceitar que fossem as Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais a assumir a distribuição da ajuda, bem como o pacote do ajustamento estrutural.

No início do ano de 1987 foi introduzido o Programa de Reabilitação Económica (PRE), que passa a Programa de Reabilitação Económica e Social (PRES) em Novembro de 1989. Em 1990 entra em vigor a Constituição necessária às eleições multipartidárias e, após 12 rondas de conversações, foi assinado o Acordo de Paz em Roma, em 4 de Outubro de 1992. As primeiras eleições multipartidárias, que tiveram lugar de 27 a 29 de Outubro de 1994, permitiram dar início ao processo de abertura dos mercados e à transição da economia planificada rumo a uma economia de mercado, sujeita aos constrangimentos impostos pelas negociações com as instituições multilaterais (FMI e BM).

De acordo com o FNUAP, em 1995 perto de 40% das unidades sanitárias rurais e 42% das escolas encontravam-se destruídas pela guerra. Assim, no imediato e durante os próximos anos, o país ressentir-se-á da insuficiente educação de base da maioria da sua população.

Quadro 1 – Indicadores Básicos

	População Total (milhares)	PNB <i>per capita</i> (US\$) 1995	Taxa Média de Crescimento		Esperança de vida ao nascer (anos)	Taxa de Alfabetização de adultos 1995	Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos		
			1965-80	1985-95			1960	1980	1996
Moçambique	17796	80	-	3,6	47	40	280	280	214
Países de África Sub saariana	576069	501	2,8	-0,9	51	57	257	197	171
Países Industrializados	838679	25926	2,9	1,8	77	98	37	14	7

Fonte: UNICEF, 1998

Como se pode constatar no Quadro 1, entre Moçambique e os restantes países da África Sub saariana existem ainda diferenças significativas que justificam a sua posição nos índices de desenvolvimento humano. Quando se compara Moçambique com os países industrializados o fosso acentua-se ainda mais em qualquer das vertentes analisadas (rendimento, educação e saúde). Embora Moçambique disponha de importantes recursos naturais, em 1995 as estimativas do PNUD apontavam para um PNB *per capita* que rondava os 80 dólares. De acordo com os indicadores de desenvolvimento humano do PNUD de

¹⁰ *Idem.*

2002, encontrava-se classificado em 170º lugar, num total de 173 países, situação a que não serão alheias as cheias calamitosas que atingiram o território em 1999 e 2000, que terão afectado aproximadamente um terço da sua população.

1.3.1. – O sector da educação

Nos finais do século XIX foi elaborado um conjunto de leis que visava a regulamentação da situação do “indígena” e dos requisitos necessários para “assimilação”¹¹. Este estatuto permitir-lhe-ia aceder a condições de vida mais favoráveis, nomeadamente, de ensino. No período do pós-guerra o movimento emancipalista efectuou pressão no sentido de se adoptar uma legislação una. Contudo, a doutrina oficial do Estado Novo opôs-se ao modelo unanimista, preferindo a adopção de uma política racialmente segregacionista.

As reformas levadas a cabo em 1964, no sector da Educação, resultaram na abolição do Estatuto do Indígena, substituindo o Ensino Rudimentar pelo *Ensino Elementar dos Indígenas*. A diferença entre ambas verificava-se em termos semânticos, mas na prática a “4ª classe desse ensino equivalia à 3ª das Escolas Primárias Oficiais” (MAZULA, 1995: 78-91).

A Educação, no período anterior a 1975, assentava na ideia-chave que a instrução dos indígenas devia ser eminentemente prática, visando preparar trabalhadores auxiliares da colonização europeia. Em virtude da instrução não poder ser apenas suportada pelo Estado, cabia às missões religiosas um papel importante. Eram essencialmente as responsáveis pela educação em zonas rurais de mais difícil acesso. Havia ainda uma preocupação de não construir estabelecimentos de ensino secundário do tipo colonial em zonas pouco relevantes estrategicamente, ou seja, onde não existisse população europeia (SILVA, 1997: 24-35).

Assim, o sistema educativo herdado do regime colonial não se destinou à população em geral, mas sim a uma pequena minoria localizada nas principais localidades, sobretudo, na capital, deixando de fora a maioria das crianças em idade escolar. O que, num país com uma população maioritariamente rural, significava que, para os jovens continuarem os seus estudos, seria necessário abandonarem a sua família e migrarem, não sendo certo o seu regresso no final da sua formação ao local de onde eram originários, criando sobretudo uma “macrocefalia” em Maputo.

O sistema não satisfaz, em termos quantitativos, as carências de quadros que o País tinha para a assunção das responsabilidades inerentes à nova situação de independência.

Em todos os sectores da sociedade foram notórias as sequelas deixadas pelo regime colonial, mantidas ou mesmo agravadas com a guerra. Verificou-se um conjunto de dificuldades, a dois níveis: estruturais e humanas, que contribuíram para a degradação da situação.

As infra-estruturas escolares ficaram seriamente danificadas – mais de metade da rede escolar foi destruída desde 1983 e a situação de insegurança,

¹¹ Processo segundo o qual o indivíduo era considerado “civilizado”.

com especial destaque, nas zonas rurais ou isoladas, inviabilizou a comunicação com os serviços provinciais e impediu a deslocação de professores e alunos.

Nessa altura era notória a necessidade de formar professores do ensino primário. O enquadramento político e ideológico vigente, consubstanciado em lei, previa que qualquer aluno habilitado com o curso de formação de professores tivesse equivalência a classes mais adiantadas, o que de certa forma, motivou os alunos nesse objectivo, mas fragilizou o ensino em geral, em virtude de se ter criado professores com formação incipiente.

A par da falta de escolas e de material escolar, também os estatutos salarial e social dos professores se degradou, provocando a desmotivação, o total descrédito na instituição e contribuíram para o êxodo dos recém-formados, em busca de outras vias que lhes permitissem a sua realização pessoal e profissional.

Com o fim da guerra e a consolidação da paz começaram a existir condições mais favoráveis ao desenvolvimento da Educação.

O Programa Quinquenal aprovado pela Assembleia da República para o período de 1995 a 1999 definia que a Educação era *“um instrumento central para a melhoria das condições de vida e a elevação do nível técnico e científico dos trabalhadores”*. Por outro lado, o governo, de acordo com a “Política Nacional de Educação e Estratégias de Implementação” publicada em Outubro de 1995, comprometeu-se a tudo fazer para *“mobilizar um volume considerável de recursos, visando o desenvolvimento de recursos humanos através da Educação e Formação”*.

1.3.2. – O sector da saúde

A organização efectiva dos serviços de saúde em Moçambique data da segunda metade do século XIX, com a criação de infra-estruturas sanitárias e definição de normas para o seu funcionamento. A necessidade de dar cumprimento às determinações da Conferência de Berlim através da ocupação efectiva de Moçambique implicou que as infra-estruturas sanitárias se situassem nos centros de concentração militar, tendo como principais destinatários as populações aí localizadas.

Poucas alterações tiveram lugar desde a aprovação, em 1920, do primeiro diploma legal que criou o regulamento dos serviços de saúde em Moçambique colonial, até à aprovação, em 1945, do Decreto 34.417, que criou os chamados “Serviços Especializados”, com o objectivo de debelar grandes endemias, através da implementação de Centros de Investigação Científica.

Na década de 60, no apogeu do colonialismo português em Moçambique, o surgimento de movimentos de libertação e a conseqüente luta armada, devem ter estado na origem da tomada de medidas com vista ao alargamento das actividades sanitárias especialmente às populações mais desfavorecidas. Com a aplicação do Decreto 45.541, de 1964.02.08, introduziu-se a componente de assistência materno-infantil, bem como um conjunto de acções cujo objectivo visava a promoção da saúde da população (ADAM, 1997:8-13).

No que concerne aos recursos humanos no sector da saúde, dos primeiros anos da década de trinta até ao final dos anos 60, verificou-se um aumento gradual do número de médicos em Moçambique, passando para cerca do triplo dos valores de 1934 (Quadro 2).

Quadro 2 – Evolução do Número de Médicos em Moçambique (Até 1969)

	1934	1946	1949	1950	1969
Médicos	75	110	142	151	246

Fonte: BACKSTRÖM, B., 1997

A independência trouxe consigo alterações substanciais ao enquadramento anterior. Os momentos mais significativos coincidiram com a criação de estruturas de âmbito central e local e com a concepção de uma estrutura que consolidava a política sanitária preconizada pelo Governo recém-criado, dirigido pela Frelimo. Foi neste novo enquadramento político-ideológico que surgiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Constituição da República de Moçambique consagra, no seu art.º 94º, que *“Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de promover e defender a saúde”*, tendo para tal definido no art.º 54º que *“A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde que beneficie todo o povo moçambicano”*. Ou seja, teve como objectivo a criação de uma entidade que promovesse o desenvolvimento de programas e planos estratégicos de saúde que resultassem em benefícios directos às populações, quer segundo acções de âmbito preventivo quer de âmbito curativo, abrangendo tanto as áreas urbanas como as áreas rurais.

Das prioridades definidas por esta estrutura, destacam-se as medidas de carácter preventivo, tentando em simultâneo capacitar as unidades hospitalares existentes para fazer face às necessidades das populações. Na prossecução do objectivo de consolidação deste novo sistema foi necessário ultrapassar diversos constrangimentos, designadamente, a escassez de meios financeiros, materiais e humanos, que faziam perigar o seu êxito.

A taxa de cobertura dos serviços de saúde atinge aproximadamente 50% da população¹² no conjunto das vertentes analisadas, assumindo especial destaque para as actividades primárias (PNUD, 1998: Quadro 21).

De acordo com PINTO, os documentos de estratégia sectorial existentes e as carências identificadas revelam a necessidade de se efectuar um investimento público em algumas áreas prioritárias como sejam a prevenção, a reabilitação de unidades sanitárias, o combate a patologias e, como não poderia deixar de ser, o reforço da capacidade de gestão, quer do sistema nos seus diversos níveis, quer dos próprios programas de investimento (PINTO, 1995: 7-8). O autor refere ainda que o investimento nesta última área se trata de uma pré-condição para a eficácia das intervenções no sector.

¹² Em Moçambique verifica-se que a prática da medicina tradicional e o recurso a curandeiros é ainda hoje uma realidade, apesar de ter sido por algum tempo entendido pela Frelimo como prática “obscurantista” e “superstição” (Cf. MAZULA, 1995: 19-31).

Enquanto que para ADAM, a preocupação com a capacitação desta área impõe que se coloque a seguinte questão: se os objectivos definidos pelo Sistema Nacional de Saúde, bem como os estabelecidos na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, onde se preconizava “Saúde para todos no ano 2000” são válidos, então é necessário dotar o sistema de bases sólidas, quer isto dizer, desenvolver os recursos humanos¹³.

Porém, durante a década de 80, existiu uma grande dependência de médicos estrangeiros, perfazendo os médicos moçambicanos pouco mais de um terço do total.

Segundo McCORD, em 1998, constatava-se que dos 590 médicos que trabalhavam no SNS em Moçambique, 260 eram estrangeiros dos quais 77% são especialistas, ou seja, aproximadamente 34% dos médicos especialistas em Moçambique eram estrangeiros, o que representava um custo estimado de 8.000.000 USD (McCORD et al., 1998: 1-59). A qualidade dos especialistas formados nos cursos de pós-graduação no exterior era boa. Contudo, para fazer face às necessidades moçambicanas, tornava-se necessário um crescimento de quatro vezes mais médicos nos referidos cursos¹⁴. Daqui se infere que é imperioso mais médicos nacionais, que representem menos custos e que simultaneamente contribuam para o aumento da taxa de cobertura dos serviços de saúde.

¹³ Cf. ADAM, 1997: 5-6.

¹⁴ Cf. McCord et al., 1998: 1-59.

2 – O investimento em capital humano

O conceito actual de desenvolvimento pressupõe investimentos nas capacidades humanas e nas áreas sociais, pelo que o conceito de capital humano assume grande relevo. O papel do capital humano na economia implica a implementação de políticas no âmbito da educação, saúde, bem como outros investimentos em áreas com implicações na prosperidade e crescimento económico, assim como nas desigualdades de rendimentos¹⁵.

A educação é reconhecidamente das formas de capital humano mais importantes, atendendo aos efeitos que produz na economia. E tem sido estudada por diversos autores entre os quais Adam Smith, o qual defendeu que a educação aumentava a capacidade produtiva dos indivíduos, do mesmo modo que outras componentes do capital físico ligadas à produção (BLAUG, 1991: 1-22). Por outro lado, a saúde é vital porque indivíduos saudáveis necessitarão de faltar menos dias ao trabalho, serão mais produtivos no desempenho das suas tarefas e terão um período de vida produtiva mais longo. Deste modo, a adopção de melhores cuidados de saúde torna possível a organização de actividades económicas mais produtivas. A melhoria dos cuidados de saúde e nutrição terá ainda efeitos positivos no desenvolvimento físico e intelectual das crianças, o que afectará consequentemente a produtividade dos adultos (World Bank, 1995: 33-45).

Neste sentido, destaca-se a importância da formação médica em geral. Trata-se de um investimento na educação, mas que tem reflexos profundos ao nível da acumulação do stock de saúde, i.e., do bem-estar das populações.

2.1. – A teoria do Capital Humano

Para os defensores da teoria do Capital Humano, os indivíduos possuem certas características pessoais – parcialmente inatas, como é o caso das aptidões intelectuais e outras que vão sendo adquiridas ao longo da vida como por exemplo a educação formal e a formação profissional –, que contribuem para o aumento da sua produtividade e, em consequência, dos rendimentos de trabalho auferidos ao longo do ciclo de vida activa, sendo que a produtividade marginal do trabalho determina a taxa real de salário (BARRO, 1994: 1-24).

À semelhança dos economistas clássicos, estes teóricos concebem o funcionamento do mercado de trabalho assente no mecanismo de procura e de oferta de trabalho que permite uma utilização eficiente do factor trabalho, ou seja, em moldes concorrenciais, recebendo os trabalhadores uma remuneração correspondente ao valor da sua contribuição económica para o processo produtivo.

Por se tratar de uma teoria que radica na corrente neoclássica, defende que a decisão de investir em capital humano pressupõe uma análise custo/benefício assente em expectativas racionais, o que significa que os indivíduos investirão em capital humano se os benefícios esperados, a médio e longo prazo, excederem os custos actuais. Ou seja, investirão até a rentabilidade marginal igualar os custos marginais. Na obra “Human Capital”, BECKER (1983) desenvolveu esta teoria, sendo de destacar a análise efectuada sobre as *taxas de retorno do investimento*, não só em Educação Formal mas também em Educação Não Formal.

¹⁵ Cf. Becker, 1983.

Salienta-se que determinadas situações que se manifestam no mercado de trabalho funcionam como incentivos ou desincentivos ao investimento em capital humano. O facto de existir desemprego na população diplomada poderá fazer com que os indivíduos não queiram investir em educação. Da mesma forma, mas em sentido inverso, a existência de desemprego dos indivíduos que deixaram prematuramente a escola poderá incentivar a continuação do investimento.

A idade é também um factor relevante na decisão individual de investimento humano. Em diversos estudos desenvolvidos pelos teóricos do capital humano¹⁶ mostra-se que é nas idades mais baixas que se concentram os investimentos em educação formal e em formação profissional.

Compreende-se com facilidade que o incentivo para investir quando se é jovem está intimamente relacionado com o período de recuperação do investimento. Quanto mais novo for o indivíduo em quem se investe mais tempo disporá para usufruir dos benefícios decorrentes do investimento em capital humano e menores serão os custos de oportunidade, que em regra aumentam com a idade.

A decisão de investimento em capital humano pode ainda ser tomada em virtude de outros factores importantes como são as aptidões inatas e o *background* familiar. Os indivíduos com maiores aptidões inatas tendem a estudar mais e a ter mais formação, consequências naturais do seu desempenho escolar e profissional. Por outro lado, o nível de rendimento das famílias é também um aspecto determinante. O facto dos indivíduos provirem de famílias com rendimentos elevados faz com que possuam condições para receberem mais educação em melhores escolas e mais cuidados de saúde. Para as famílias mais desfavorecidas os custos de oportunidade, correspondentes ao salário não ganho, faz com que invistam menos no capital humano. Dadas as carências financeiras de algumas famílias, por vezes optam por colocar as crianças a trabalhar desde muito cedo, ficando desta forma adiada a sua formação para uma fase posterior do seu ciclo de vida. Todavia, para além do nível do rendimento das famílias, é também influente o grau de escolaridade dos pais e familiares próximos, bem como as suas carreiras profissionais.

O próprio Banco Mundial reconhece que:

“Investing in people’s education, health, nutrition, and family planning is one of the keys to economic growth and social progress. It creates knowledge, broadens skills, and improves health—the human capital so essential for sustaining economic growth, raising living standards, and enriching people’s lives. And because the poor have few assets, investing in their human capital often is the best way to equip them to become more productive. Beyond the gains to individuals, such investments also benefit society” (World Bank, 1995: 33-45).

¹⁶ V. BECKER (1983: 214-230), BLAUG (1991: 23-32), GROSSMAN (1999), entre muitos outros.

2.2. – A educação formal como capital humano

A educação formal corresponde à escolaridade obtida nas instituições do sistema institucional, nomeadamente, em escolas e universidades.

A teoria do Capital Humano defende que os indivíduos adquirem a formação escolar numa fase anterior à entrada no mercado de trabalho, ou seja, os investimentos efectuados em educação formal assentam na estrutura linear e não reversível dos diferentes segmentos do ciclo da vida. O argumento subjacente à teoria do Capital Humano é que quanto maior for o investimento em educação formal, maior será a remuneração ao longo do ciclo da vida activa (BLAUG, 1991: 23-60).

O exemplo utilizado para ilustrar a vantagem de se investir num ano adicional de educação baseia-se na comparação entre dois indivíduos com a mesma idade e que completaram o ensino secundário, partindo do pressuposto de que a inserção no mercado de trabalho é imediata. A ideia é a seguinte: se um deles decidir não frequentar a universidade e entrar logo no mercado de trabalho após a conclusão do ensino secundário auferirá de imediato um salário, enquanto que o segundo opta por prosseguir os seus estudos, suportando os custos directos e indirectos (salário não auferido). Porém, em contrapartida, se compararmos ambos, no momento em que o segundo ingressou no mercado de trabalho, constataremos que auferirá um salário mais elevado, correspondente à sua produtividade marginal do trabalho acrescida, o que irá reflectir-se ao longo do seu ciclo de vida activa.

A alocação de recursos neste tipo de investimento acarreta um conjunto de custos e produz benefícios. Os custos directos associados a este investimento poderão ser de natureza pecuniária, por exemplo, o pagamento de propinas, a compra de livros; ou de ordem psicológica, através da angústia e ansiedade. Os custos indirectos ou de oportunidade, que representam a maior parte dos custos totais do investimento em educação, podem ser pecuniários, correspondendo ao rendimento do trabalho não auferido, ou de âmbito social, quando medidos em termos de tempo de lazer. Os benefícios que poderão resultar do investimento em educação formal traduzir-se-ão em benefícios pecuniários (ex: aumento salarial decorrente do acréscimo de capacidade produtiva do trabalhador), ou não pecuniários como, por exemplo, características de trabalho mais atractivas (melhores condições de trabalho, boas perspectivas de carreira).

Os retornos da educação foram estudados em diversos países por Psacharapoulos, G.¹⁷, tendo este concluído que estes são mais elevados em países menos desenvolvidos, reflectindo a escassez de mão-de-obra qualificada. Logo, o impacto da educação sobre o crescimento económico depende do nível de desenvolvimento da economia do país em determinado período. Neste sentido, concluiu que a educação revela-se muito mais importante para o crescimento económico em situações de subinvestimento em capital humano, sistemas educativos pouco desenvolvidos e *oferta limitada de trabalhadores qualificados*¹⁸.

Do ponto de vista social, a educação tem associadas externalidades positivas, nomeadamente, através de um conjunto de atitudes que conduzem à

¹⁷ V. Gabinete de Estudos e Planeamento, 1992: 11-16.

¹⁸ V. *Op. cit.*

participação democrática do indivíduo, ao fortalecimento das instituições da sociedade civil num maior esforço na prática de valores fundamentais de cidadania ou à socialização dos indivíduos. Segundo o BM, para os homens da Costa do Marfim cada ano extra de escolaridade representa aproximadamente um acréscimo nos seus rendimentos de 12%, após controlados outros factores¹⁹.

A educação ministrada a mulheres afigura-se também de grande importância, em virtude de contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna, bem como para a redução da fertilidade, aumentando, assim, a produtividade feminina. Em 25 países em vias de desenvolvimento verificou-se um decréscimo de cerca de 15% da mortalidade infantil nos casos em que a mãe frequentou de um a três anos de escolaridade²⁰. A contribuição da educação de mães é importante para a diminuição da fertilidade e da mortalidade infantil e materna, de tal modo que por cada ano extra de escolaridade para mil mulheres na Índia custa 32.000 USD, mas o benefício social é de 52.000 USD - esta análise tem em conta o desfasamento temporal entre as raparigas escolarizadas e o período em que crescem e se tornam mães²¹.

2.2.1. - O investimento na formação médica

A carência de força de trabalho especializada implica a preocupação com a planificação da formação dos novos graduados. O número de graduados depende não só das *decisões individuais* dos potenciais profissionais de saúde em frequentarem a escola para receberem a educação/formação necessária ao desempenho das suas futuras funções, mas também de todo um contexto de políticas sociais e educacionais que as influenciam.

Ao ingressar na faculdade de medicina o estudante está a efectuar uma escolha entre *continuar ou não a estudar*, ou seja, neste momento realiza-se uma *decisão de investimento*. Poder-se-á questionar: quais os custos intrínsecos a tal investimento?

Segundo FOLLAND os custos associados são de duas naturezas²²:

- ? o *custo de oportunidade*, devido à impossibilidade dos estudantes poderem trabalhar durante o período em que estão na escola, i.e., estão impossibilitados de trabalhar e, assim, de auferir rendimentos ; e
- ? os *custos correntes*, resultam dos gastos inerentes à educação.

A educação médica é caracterizada por ter um período de formação algo dilatado (formação de base e internato) o que faz, ainda mais, diferir no tempo os potenciais proveitos.

O actual curso de Medicina, denominado de **Médico-Cirúrgico**, tem a duração de 7 anos, encontrando-se estruturado da seguinte forma: os primeiros 3 anos, correspondem ao **Ciclo Básico**, onde se coloca maior ênfase nas ciências biomédicas; os três anos seguintes compreendem a formação na componente

¹⁹ Cf. World Bank, 1995: 33-45.

²⁰ V. *Op. cit.*

²¹ *Idem.*

²² V. FOLLAND et al., 1997: 342-346.

clínica, pelo que é designado por **Ciclo Clínico**, e por fim um ano de **Estágio Médico Integrado**.

Para além das disciplinas curriculares, estão ainda incluídas actividades extracurriculares fixas com duração de 4 semanas, com a designação de **Actividades de Junho a Julho** (AJU). Existe ainda a possibilidade dos estudantes frequentarem disciplinas facultativas (Inglês, Francês e Micro-informática Básica). A carga horária do curso é de 7.248 horas, sendo 2.196 horas teóricas e 5.052 horas práticas (FMM, 1994: 8-12).

O curso tem por finalidade principal a formação de técnicos superiores no ramo da medicina humana com grau de licenciados, sendo dada prioridade à *medicina preventiva*, com particular atenção à criação de condições para o desenvolvimento da educação sanitária e nutricional das populações, saneamento e protecção materno-infantil, combate a doenças evitáveis; à *medicina curativa*, na componente organizativa e directiva dos serviços, tanto nas zonas urbanas como rurais, com um especial enfoque nestas últimas; ao *combate às endemias*; ao apoio ao *desenvolvimento da investigação técnico-científica*²³.

A formação médica deve, por isso, ser entendida como um investimento a longo prazo. Esta visão a longo prazo torna-se difícil de ser apreendida na sua totalidade porque “(...) *Most people will tend to value dollars paid in the distant future as less valuable or less important*”²⁴. Para aferir correctamente se os proveitos potenciais valem ou não o “sacrifício” efectuado é possível recorrer-se ao cálculo da taxa de retorno²⁵. Contudo, esta é uma forma algo complicada de efectuar face ao tipo de decisão e aos valores/objectivos que estão em causa.

As decisões individuais de ser médico têm, não poucas vezes, influências familiares (família e amigos chegados). Praticamente a totalidade dos estudantes da FMM tem familiares ou amigos que desenvolvem a sua actividade profissional no sector da saúde. A decisão inicial é tomada em geral durante a adolescência, mas as decisões de carreira são tomadas durante a frequência do ensino Liceal, tendo por objectivo a possibilidade de “ajudar as pessoas” (BACKSTRÖM, 1998: 1-18). Nos países em desenvolvimento, como é o caso de Moçambique, o recrutamento dos estudantes normalmente tem por destinatários os extractos sócio-económicos mais abastados, enquanto que no mundo ocidental o recrutamento é predominantemente efectuado nas famílias da classe média²⁶.

No que concerne ao financiamento das instituições que ministram formação médica, i. e., as Faculdades de Medicina, são os governos os seus principais financiadores. Contudo, para Leffler and Lindsay²⁷ só a imperfeição do mercado capitalista e o subinvestimento na educação médica justifica os subsídios governamentais, o que acontece na maior parte dos países em desenvolvimento, não sendo excepção em Moçambique, devido à diversidade de constrangimentos existentes.

²³ V. *Op. cit.*

²⁴ Cf. FOLLAND et al., 1997: 337-390.

²⁵ V. BLAUG, 1991: 54-60

²⁶ V. Backström, 1998: 1-18.

²⁷ Cf. FOLLAND et. Al., 1997: 337-390.

Os cuidados de saúde empregam normalmente montantes consideráveis do Produto Interno Bruto (PIB), bem como *trabalho-intensivo*. Como outros bens e serviços, a produção de cuidados de saúde exige a presença dos recursos *trabalho* e *capital*, de forma a produzir diferentes níveis de qualificações.

O modo como se combinam os factores produtivos determina as quantidades produzidas e os rendimentos (ordenados, etc.) a depender com os “fornecedores” desses mesmos factores. A procura do factor trabalho e, consequentemente, o salário pago, depende da sua produtividade marginal. Por esse facto são os trabalhadores graduados - com mais qualificações e competências desenvolvidas, i.e., mais produtivos -, que auferem as remunerações mais elevadas. Logo, a um acréscimo do *input* corresponderá, num mercado livre, um aumento marginal do *output*²⁸.

Para estes autores a educação médica é de uma importância inegável, na medida em que “ (...) *Medical education is a good example of joint production ...medical produce at least three products jointly: medical education, patient care, research (...)*”²⁹.

Quando terminam a sua formação os graduados ingressam no SNS. Porém, o facto do sector público, nos países em vias desenvolvimento, ser considerado ineficiente (MILLS, 1993:314-333), não dando resposta aos anseios económicos e profissionais dos graduados obriga-os a pensar em estratégias alternativas para melhorar a rentabilidade do seu investimento (ROENEN, 1997: 127-135). E, nesse sentido, os médicos, no final da sua formação de base (licenciatura), em virtude dos baixos rendimentos auferidos, optam muitas vezes por *estratégias individuais de sobrevivência* (ADAM, 1997: 13-37). Quer isto dizer que conciliam o exercício da medicina no sector público com a prática de medicina privada, visando ganhos que lhes permitam fazer face às suas expectativas.

A primeira *estratégia* (medicina no sector público) além de permitir o desenvolvimento das competências individuais e experiência em relação aos procedimentos e métodos a aplicar, facilita o contacto e a angariação de potenciais clientes. A segunda (medicina no sector privado) é uma das actividades mais lucrativas e que contribui com um suplemento remuneratório atractivo. De acordo com FERRINHO “... *equivalent of one month's public sector salary could be generated by seven hours of private practice*” (FERRINHO et al., 1998: 332-338)³⁰. O desempenho de actividades relacionadas com a sua formação académica – docência, investigação –, ou a participação em projectos de ONG, bem como noutras entidades promotoras de projectos na área da Saúde, é também uma possibilidade que se afigura aos médicos.

O desenvolvimento deste tipo de funções e a participação em áreas relacionadas com as suas habilitações contribui para o aumento do seu reconhecimento e prestígio a par de contribuir com acréscimos de rendimento³¹. É também possível o desempenho de actividades liberais não relacionadas com a prática médica – actividades agrícolas, comerciais, etc.

De acordo com as áreas (urbanas ou rurais) onde os médicos exercem a sua profissão, assim são obrigados a desenvolver competências noutras áreas no

²⁸ V. Op. cit.

²⁹ Idem.

³⁰ Este texto baseia-se no estudo desenvolvido sobre as actividades geradoras de rendimento adicional com a prática de medicina privada, pelos médicos do sector público.

³¹ V. Op. cit.

sentido de auferirem rendimentos adicionais, que lhes permitam fazer face às necessidades básicas das suas famílias durante um período de tempo satisfatório. Nalguns casos verifica-se que os médicos são suportados socialmente pelas suas famílias³². Nestes casos são accionadas as “*safety net*”, que não são mais do que redes de cariz social, que sustentam os membros de determinada comunidade enquanto necessitam. Este tipo de relações está fortemente enraizado em certas comunidades que, normalmente, se encontram longe dos grandes centros urbanos.

2.2.2. – Constrangimentos da formação médica

Os objectivos definidos pelo SNS e na Conferência Internacional de Alma-Ata apontam para a necessidade imperiosa de formar os recursos do sector da saúde (ADAM, 1997: 5-6). E segundo McCORD as necessidades moçambicanas tornam necessário um crescimento de quatro vezes mais médicos (McCORD et al., 1998: 1-59).

Em relação ao nível de formação ministrado na FMM é reconhecido o seu valor, por diferentes instituições – ex: OMS. Todavia, a qualidade da formação de médicos em Moçambique debate-se com constrangimentos aos mais diversos níveis, que limitam o sucesso pretendido.

As elevadas taxas de reprovações (cerca de 50%), as dificuldades bibliográficas, as dificuldades financeiras fazem com que esta formação tenha resultados algo limitados, pelo que alguns autores sugerem que se promova um processo de reflexão sobre a forma como a educação médica está a ser ministrada, adequando o conteúdo aos seus destinatários.

Atendendo aos objectivos definidos pela Faculdade de Medicina as taxas de reprovação elevadas justificam-se essencialmente devido a: i) método de aprendizagem adoptado pelos alunos ser deficiente; ii) métodos de avaliação pelos professores não serem familiares aos alunos; iii) nível diferenciado verificado entre o ensino secundário/médio e superior.

Para McCORD, a baixa produção de médicos da Faculdade de Medicina “... limita o número de candidatos a entrarem para programas de pós-graduação”. Admite no entanto que é um problema que tem justificações mais profundas e que se prende essencialmente com a impreparação, ao nível do ensino pré-universitário, de um número significativo de estudantes que ingressa na Faculdade. Este autor advoga ainda a necessidade de se formar médicos especialistas moçambicanos, visto que os médicos estrangeiros que estão a trabalhar no SNS auferem rendimentos muito elevados, correspondendo a 6,5% do total do orçamento para a saúde³³.

A maioria dos estudantes da FMM é natural de outras Províncias fora de Maputo. Trata-se de um número significativo que se desloca para a capital. No entanto, finda a formação, a distribuição de médicos pelo País é efectuada com base em critérios pré-estabelecidos que determinam que grande parte das Províncias fornecedoras de “matéria-prima” não beneficie com a sua formação,

³² *Idem.*

³³ Cf. McCORD, 1998: 1-59.

verificando-se uma situação de “brain-drain” sem que se registe retorno, ou seja, sem “brain-gain”.

Julga-se que os alguns dos constrangimentos apontados resultam igualmente da falta de articulação entre os diferentes agentes económicos do País. Por outro lado, os Recursos Humanos do MISAU além de nem sempre terem a formação adequada³⁴, necessitam de incentivos ao nível dos salários para um impacto positivo dos cuidados prestados o que tem reflexo imediato no acréscimo nos custos.

Devido à exiguidade das verbas disponibilizadas à FMM verifica-se a necessidade de se optar por outras fontes de financiamento, assistindo-se a uma grande dependência face ao apoio de entidades na área do SNS. Assim, as instituições internacionais, nomeadamente, universidades estrangeiras e outras entidades ligadas à cooperação (ex. ONG) têm assumido um papel chave no apoio da formação médica, através de projectos ou de outro tipo de colaboração.

2.3. – A saúde e o capital humano

A Organização Mundial da Saúde (OMS), constituída em 1948, definiu **saúde** como “*o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Mais tarde, em 1981, a estratégia **Saúde para Todos**, ajudou a aprofundar esta definição, indicando-a como sendo o objectivo de maximização económica e social da vida (ABEL-SMITH, 1994:4-13).

Para Grossman, a saúde, à semelhança do que acontecia com a educação, deveria ser entendida como uma forma de capital humano. Este autor considerou a saúde como um *stock* que sofre depreciação e que necessita de ser aumentado através do *investimento*, pressupondo que o nível de saúde de cada indivíduo depende da alocação de recursos efectuada. Deste modo, defendeu que a saúde é procurada como *bem de consumo*, atendendo a que os dias de doença são de desutilidade, e como *bem de investimento*, pois permite que exista tempo disponível para actividades produtivas rentáveis (GIRALDES, 1997: 35-67).

Segundo Grossman, citado por GIRALDES, a *acumulação do stock de saúde* reduz o tempo perdido, traduzindo-se assim o valor monetário dessa redução num índice do resultado do investimento em saúde. Logo, os indivíduos efectuarão as suas escolhas de nível de saúde como se do consumo de outros bens se tratasse, atendendo a um conjunto de variáveis - idade, educação - que irão concorrer para a definição do preço e consequentemente da procura.

Por outro lado, as correlações entre os indicadores dos países em desenvolvimento sugerem que a mortalidade infantil tende a ser mais elevada onde a distribuição dos rendimentos é mais desigual, com maior expressão no caso das mulheres. (ABEL-SMITH, 1994: 13-18). As características económicas dos países onde se verificam essas desigualdades evidenciam reflexos nos seus próprios sistemas de saúde. Aspectos como o rendimento *per capita*, a elevada correlação entre os indicadores esperança de vida e mortalidade infantil, condicionam as políticas a implementar.

³⁴ Os quadros directivos do SNS são profissionais de saúde, que não receberam formação específica em gestão.

2.3.1. – Os cuidados de saúde primários na acumulação do *stock* de saúde

Ao longo da segunda metade do século XX, verificou-se que não é suficiente investir apenas em políticas estritamente económicas se não houver uma contrapartida desse investimento nas pessoas (World Bank, 1995: 33-45). Da mesma forma, o contrário também não resulta.

Para ABEL-SMITH é então necessário dar prioridade aos cuidados de saúde primários, em virtude de se poder abordar um conjunto de elementos importantes para o desenvolvimento das condições de saúde das comunidades (ABEL-SMITH, 1994: 106-120) e que são, nomeadamente:

1. Promoção de nutrição apropriada e fornecimento adequado de água potável;
2. Saneamento básico;
3. Cuidados de saúde materno-infantil, que inclui ainda planeamento familiar;
4. Imunização contra as principais doenças infecciosas;
5. Prevenção e controlo das epidemias e outras doenças;
6. Educação abordando os aspectos relativos aos problemas de saúde e métodos de prevenir e controlar;
7. Tratamento apropriado às principais doenças;
8. Fornecimento dos medicamentos essenciais.

Este autor chama ainda a atenção para outras questões como sejam:

A **equidade** – distribuição geográfica equitativa dos recursos de saúde, com possibilidade de obtenção dos mesmos por qualquer indivíduo, independentemente do local onde se encontre -, implícito ao objectivo traçado na conferência de Alma-Ata.

A **tecnologia apropriada**, que não é mais do que a utilização de meios/materiais com o nível científico que os seus utilizadores possam aplicar, mantendo alguma proximidade com a cultura local.

A **participação da comunidade**, um dos aspectos analisados em Alma-Ata, prevê uma perspectiva de “bottom up” ao realizar o planeamento da saúde. A comunidade deve manter a implementação dos cuidados de saúde primários, bem como envolver-se, de acordo com diferentes níveis, no processo de participação, nomeadamente:

- ? **Colaboração** - implica a partilha de tomadas de decisões e responsabilidades pelos intervenientes;
- ? **Participação** – desenvolve-se sem a presença de todos os grupos, em determinada área de interesse;
- ? **Consulta** - mais não é do que a obtenção de opiniões avisadas sem um compromisso de seguir as indicações recebidas;
- ? **Negociação** - fase em que ninguém recebe o que pretende sem discussão e posterior compromisso.

Estas questões e o envolvimento da comunidade devem ser encarados como extensão da democracia, de forma a melhorar as decisões ou para dotar os governos e profissionais de um maior poder e responsabilidade.

A **descentralização** dos serviços a níveis provinciais e distritais permitirá contribuir para dar as respostas mais adequadas aos problemas e necessidades práticas das comunidades numa forma coordenada. A **alocação de recursos**, nomeadamente humanos, aquando do *planeamento dos serviços* deve ir ao encontro das necessidades e densidade populacional, tendo por base as áreas urbanas e rurais e os meios disponíveis.

De acordo com a estratégia global definida inicialmente pela OMS em 1981, e continuada pela ONU aquando da definição dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em Setembro de 2000, os **cuidados de saúde primários** eram e deverão continuar a ser a chave para atingir os objectivos definidos de “saúde para todos” (WHO, 1989 e ONU, 2001). A ênfase nos cuidados de saúde primários consubstanciava-se em cinco ideias base, a saber:

1. o reconhecimento da importância das acções intersectoriais para o desenvolvimento da saúde. Ao observar que o problema central do desenvolvimento se relacionava com as necessidades básicas dos pobres, foi facilmente admitido que os desenvolvimentos económicos e sociais não estavam separados mas, pelo contrário, interligados;
2. a constatação, baseada na experiência de anteriores programas, de que o combate de doenças infecciosas não podia ter o sucesso pretendido se fosse efectuado por programas específicos isolados. Não se mostrava eficaz o desenvolvimento de “programas verticais” destinados a erradicar a malária, ou à melhoria da água e saneamento básico, etc., em virtude de todos estes programas serem úteis para a melhoria das condições de vida das comunidades locais;
3. a verificação de que as vertentes preventivas e de promoção não deveriam estar dissociadas da acção curativa. Isto significava que deveriam ser criados, em interligação, serviços curativos e serviços preventivos;
4. a evidência de que um conjunto de actividades de saúde poderia ser relativamente barato e muito eficaz, mas que, no entanto, não eram aplicadas a um vasto número de pessoas por este mundo fora. Por outro lado, a concentração de tecnologia sofisticada e dispendiosa a segmentos limitados da população não demonstrava ter uma vantagem significativa na melhoria da saúde;
5. por fim, a reacção negativa às tentativas autoritárias de imposição de práticas de saúde à população. Torna-se vital haver o envolvimento da comunidade para maior e melhor difusão dos benefícios que daí advêm.

Deste modo, melhores níveis de saúde e de bem-estar irão reflectir-se em termos futuros, ou seja, na geração seguinte.

2.3.2. - O papel do médico

O médico insere-se no conjunto de profissionais que trabalham na saúde. Para a OMS (World Health Organization, 1998: 1-12) desenvolver recursos humanos para a saúde significa ter cuidados de saúde de qualidade, adaptados ao estado de saúde individual e colectivo dos utentes, e prestados por:

- ? Profissionais de saúde que correspondam às necessidades;
 - ? em número suficiente;
 - ? com as competências, motivação e experiência requeridas;
 - ? nas unidades pretendidas e nos postos adequados;
 - ? na altura desejada;
 - ? por preço acessível.

O médico é o profissional de referência para a aplicação das políticas definidas pelos governos, ou instituições internacionais. Por isso, é-lhe exigido um perfil que compreenda:

- ? capacidade de chefiar uma equipa de saúde que presta serviços integrados de saúde às comunidades sob sua responsabilidade;
- ? aptidão para chefiar uma equipa de Cuidados de Saúde Primários e Secundários nos primeiros anos de vida profissional (dois pelo menos);
- ? possibilidade de progressão na carreira através da especialização.

O médico é também dos profissionais, de entre os vários sectores da economia, dos que mais e melhor se integra nas zonas rurais isoladas onde existe pouco contacto com a tecnologia, a comunicação, numa palavra o *progresso*. Cabe-lhe a incomensurável tarefa de, não intervindo na organização estabelecida das comunidades, efectuar a ponte entre estas e o “mundo actual”. Atendendo ao seu nível de educação é natural que se obtenham benefícios sociais significativos.

Atendendo à necessidade de redefinir o papel do médico, bem como de se mudar as práticas médicas e reformar a educação médica, pode descrever-se o papel do médico do futuro, como o “*médico cinco estrelas*” (SCHWALBACH, 1998; 45-53), e que deve ser:

- ☛ **Um prestador (distribuidor) de cuidados**, que considere o paciente simultaneamente como indivíduo, membro de uma família e duma comunidade, e dispense cuidados de qualidade, completos, contínuos e personalizados no quadro de uma relação durável baseada na confiança.
- ☛ **Um decisor**, que escolha quais os acessos e técnicas a utilizar na base de uma preocupação ética e de custo/eficácia, de forma a otimizar os cuidados que dispensa.
- ☛ **Um comunicador**, capaz de escutar, de explicar e de convencer, para que possa promover modos de vida sãos, fornecendo assim aos indivíduos e aos grupos os meios de melhorar e de proteger a sua saúde.

- ☛ **Um membro influente da comunidade**, que, tendo ganho a confiança de entre aqueles com quem trabalha, é capaz de conciliar as necessidades dos indivíduos e da comunidade e agir em nome desta última.
- ☛ **Um gestor**, capaz de trabalhar em harmonia com individualidades e organismos no interior e no exterior do sistema de saúde para responder às necessidades dos indivíduos e da comunidade e utilizar com verdadeiro conhecimento as informações sanitárias disponíveis.

Além da proposta do “*médico cinco estrelas*” é ainda possível encontrar sugestões no sentido de se efectuar uma maior complementaridade de papeis entre os médicos generalistas e especialistas como resposta às necessidades das comunidades e à melhoria das suas condições de saúde (WHO, 1996: 1-22).

As sugestões avançadas no relatório McCORD, como é denominado, de a FMM proceder a “uma avaliação em cada um dos departamentos aos métodos de ensino e de avaliação dos estudantes” são questões que estão já iniciadas e que terão continuidade no futuro, de acordo com um plano estruturado de reforma do ensino médico em Moçambique, que se pretende seja levado a cabo pela FMM – UEM.

Neste momento impõe-se colocar duas questões: deverão as carências que Moçambique apresenta, em termos de cuidados de saúde, ser supridas essencialmente por médicos? E em caso afirmativo, deverão estes ser médicos especialistas?

Quanto à primeira questão, salienta-se que os objectivos definidos quer em 1978, em Alma Ata, quer pelo SNS moçambicano ou ainda pela FMM, apontam como estratégia a seguir, que os cuidados de saúde primários devem ter um cariz fortemente baseado na prevenção. Neste campo, atendendo à óptica de intersectorialidade dos programas, há quem entenda que poderão estas informações ou ensinamentos (na área da prevenção) ser transmitidos por outro tipo de profissionais, nomeadamente, sociólogos, antropólogos, enfermeiros, etc., tendo em conta que terão um maior conhecimento das comunidades.

Neste enquadramento, importa salientar que os objectivos definidos pelas instituições atrás referidas, não descaram a vertente curativa, mas tão-só colocam o acento tónico nas medidas preventivas que podem ser, por um lado mais eficazes e por outro mais económicas.

Assim, para a FMM concomitantemente à vertente preventiva, com destaque para o desenvolvimento da educação sanitária e nutricional, a protecção materno-infantil e combate às doenças evitáveis “...é *finalidade do curso formar licenciados em medicina capazes de corresponder ao perfil profissional de médico que foi definido pelo Ministério da Saúde*”, cabendo-lhes a tarefa de “*organizar e dirigir um serviço de Medicina Curativa, prestando cuidados curativos tanto nas zonas rurais como nas zonas urbanas e apoiar prioritariamente o estabelecimento de Postos e Centros de Saúde nas áreas rurais*” (FMM, 1994: 8-9). Depreende-se que a preocupação em dar resposta às questões da prevenção não é impeditiva de haver formação na vertente curativa. E conclui-se, portanto, que o papel dos médicos junto das comunidades é vital, porque não só previnem como também podem curar, o que já não acontecerá com os outros profissionais anteriormente mencionados.

No respeito à segunda questão, importa salientar que, de acordo com os dados do Censo Populacional de 1997 e com os números apresentados por McCORD, existem cerca de 27.000 habitantes por médico. Sabendo que a população moçambicana se encontra distribuída por uma vasta área urbana e rural; e que, em especial, nas zonas rurais o médico tem de ter capacidade para solucionar situações patológicas no âmbito da Pediatria, Medicina, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia (FMM, 1994: 9); e tendo em conta os indicadores de mortalidade infantil, afigura-se mais importante a formação de médicos generalistas, numa primeira fase. O que não obsta, no entanto, que se tenha a preocupação de formar médicos especialistas nacionais.

3 – A participação dos agentes económicos no desenvolvimento

É através da intervenção dos agentes económicos que se atinge novos níveis de bem-estar e, conseqüentemente, se promove o desenvolvimento.

Na sequência desta constatação, a participação dos diversos agentes no desenvolvimento tem-se acentuado, em especial, através da afectação de pessoas e bens a determinados projectos de cariz socioeconómico. Esta noção de participação pode ser vista de diferentes perspectivas e níveis de actuação.

Assim, a participação pode distinguir-se de acordo com os agentes envolvidos, quer se tratem de instituições públicas (Governos, Partidos, Parlamentos, Organizações locais), instituições privadas, sendo as ONG o exemplo mais comum, ou simplesmente de indivíduos. Por outro lado, a participação pode efectuar-se a diferentes níveis – local, nacional, internacional (GHAI, 1990: 215-247), de acordo com as expectativas dos agentes e dos investimentos que os mesmos pretendam efectuar.

3.1. - Identificação dos principais agentes económicos

O desenvolvimento económico pressupõe que os actores dominantes actuem de acordo com um horizonte de longo prazo e que assumam riscos de investimento, tomando decisões coerentes com as políticas pretendidas (HUGON, 1999: 141-144). Enquanto que o investimento a curto prazo é o resultado de uma escolha do empresário, a longo prazo aumenta a capacidade de produção, quer através da acumulação de *stock* de capital, quer através da aquisição de meios de produção.

Neste contexto, cabe ao Estado³⁵ assumir particular responsabilidade na melhoria da qualidade de vida das comunidades, através da implementação de medidas sanitárias e sociais, onde os cuidados primários de saúde são essenciais, como também a criação de incentivos à participação de sectores “externos ao aparelho”, designadamente à sociedade civil.

Existem boas razões para que se verifique intervenção governamental na saúde, em geral, e em áreas específicas, nomeadamente: o controlo de doenças infecciosas através de campanhas de vacinação (como por exemplo a tuberculose pelo Programa Alargado de Vacinação - PAV), a assistência materno-infantil, a reabilitação das unidades sanitárias e o reforço da capacidade de gestão quer do sistema nos seus diferentes níveis, quer dos próprios programas. Por outro lado, o investimento público em saneamento básico e água potável, vai muito além dos utilizadores imediatos do meio ambiente. Do mesmo modo, a ausência de condições sanitárias adequadas, bem como o consumo de água poluída, são responsáveis por algumas das doenças que afectam, em especial, os grupos mais desfavorecidos, reduzindo a sua capacidade produtiva e, conseqüentemente, a sua capacidade para auferir rendimentos.

Deste modo, a prevenção de doenças que afectam as crianças, o fornecimento de serviços de planeamento familiar, a informação prestada ao público em geral são factores inibidores da doença.

As intervenções do Estado nas dinâmicas socioeconómicas de um determinado território têm, por isso, especial interesse. Este assunto é tanto mais

³⁵ Quando falamos em Estado estamos a referi-nos a “governos”.

importante quanto é a necessidade de reformas institucionais³⁶ sugeridas por diferentes organizações (ex: o FMI, o Banco Mundial, OMS), no sentido de dotar os Estados de uma *Boa Governança* com capacidades para implementar um desenvolvimento sustentado.

Ao nível internacional destacam-se as agências bilaterais e multilaterais por disporem de um invejável conjunto de meios (humanos e financeiros) destinados ao desenvolvimento. Já ao nível nacional são as ONG e outros grupos da sociedade civil que desempenham um papel activo na dinamização das populações.

No que diz respeito à formação de médicos em Moçambique, destaca-se o Ministério da Saúde (MISAU) que desenvolve e coordena as intervenções relativas ao seu sector, tendo em vista dar resposta às necessidades da população. Para o efeito beneficia do apoio institucional das agências de cooperação internacional nas instalações do MISAU. Nesse âmbito, foi criado um Gabinete de Cooperação (GACOPI), que procura garantir uma maior articulação de políticas. Esta cooperação desenvolve projectos sobretudo na área da capacitação de infra-estruturas, i.e., são desenvolvidos projectos em que diversas entidades recorrem à cooperação técnica.

Ao Ministério da Educação (MINED) cabe igualmente a coordenação das actividades relativas ao seu sector, procurando colmatar as carências existentes no País.

Desde 1998 que a formação de médicos em Moçambique se efectua de acordo com uma planificação estratégica dos serviços do MISAU. A referida planificação foi prevista realizar-se por um período de aproximadamente 4 anos e visou a reestruturação do sector da Saúde como um todo e não apenas em relação à formação de médicos. Porém, apesar de trabalhar em consonância com a Faculdade de Medicina de Maputo (FMM), face às necessidades nacionais, constata-se que não existe uma interligação consistente.

Os principais agentes da cooperação são doadores internacionais, quer se trate de Governos, Organizações multilaterais ou ONG. Enquanto que os dois primeiros se caracterizam por uma intervenção mais institucional ao nível da definição de políticas e capacitação institucional, as ONG têm um papel eminentemente marcado pela capacidade de execução dos projectos no terreno. Constata-se que, em Moçambique, a distribuição dos doadores efectua-se respeitando uma lógica Provincial, ou seja, cada doador tenta concentrar os montantes destinados à cooperação numa Província.

Por último, como agentes económicos na formação de médicos, há ainda que destacar os estudantes de medicina e as suas famílias dado que são elementos absolutamente vitais para o sucesso deste processo.

³⁶ O sector da saúde é disso um bom exemplo.

3.2. - A utilidade social e o papel do Estado nos investimentos

As desigualdades de oportunidades existentes conferem ao Estado um papel importante na decisão de acumulação de capital.

Enquanto que para os neoclássicos a taxa de juro é o mecanismo regulador que assegura o investimento total da poupança, o que leva a afirmar que nunca pode haver demasiada poupança, Keynes defende que as empresas investem enquanto a eficácia marginal do capital é superior à taxa de juro. Daí concluiu que os investimentos dependem de dois factores distintos: da taxa de juro, que é um fenómeno essencialmente monetário; e das produtividades marginais do capital, ou seja, as rentabilidades que se podem esperar dos capitais adicionais investidos no decurso de um período de tempo (DENIS, 1993: 694-710).

Para Keynes, o investimento é o resultado de uma escolha do empresário, sendo que o conjunto das decisões que ele toma conduz a um equilíbrio económico que não é necessariamente um equilíbrio de pleno emprego³⁷. Então, se o nível de emprego depende do montante do investimento, i.e., do montante de meios de produção adicionais disponibilizados pelas empresas e se, mesmo assim, existe desemprego sugere que seja o Estado a efectuar-lo através do investimento público (KEYNES, 1992: 113-197). Através do desenvolvimento da teoria do *multiplicador*³⁸, Keynes demonstrou que o investimento público pode aumentar rapidamente o emprego, negando a existência de uma tendência natural para o equilíbrio no mercado de trabalho, defendida pela escola neoclássica. Mais tarde teóricos neo-keynesianos desenvolveram esta teoria tendo-lhe acrescentado o modelo *acelerador*³⁹.

De acordo com Wieser – crítico severo do capitalismo liberal -, citado por DENIS, o Estado assume um papel importante ao lado do indivíduo visto que “*não procura dar o máximo de satisfações individuais, procura antes a utilidade social*”. Para Pigou, fervoroso crítico de Keynes, a regulamentação do Estado pode fazer com que as suas “*transferências de rendimentos importantes incitem os beneficiários a trabalhar menos, o que conduziria a uma diminuição do rendimento nacional, e, portanto, do bem-estar geral*” (DENIS, 1993: 546-547). Contudo, admite que a utilidade social se mostra mais realista quando se entende que esta é uma tarefa eminentemente política, cabendo maior destaque ao Estado, confiando-lhe a obtenção de um máximo de bem-estar na sociedade, dependente do nivelamento dos produtos marginais líquidos sociais, que resultam dos efeitos directos e indirectos do emprego dos recursos.

³⁷ Refira-se que o desemprego era entendido como a principal causa dos problemas económicos (V. SINGER, 1996: 1-16).

³⁸ A teoria do multiplicador foi inicialmente estudada por Richard Ferdinand Kahn, em 1931. O seu autor esforçou-se por mostrar que investimentos nos trabalhos públicos podiam ser um remédio eficaz contra o desemprego (V. DENIS, 1993, 696-710). Keynes procurou definir um coeficiente numérico capaz de expressar a dimensão da variação verificada no rendimento, em resposta a uma variação unitária no investimento.

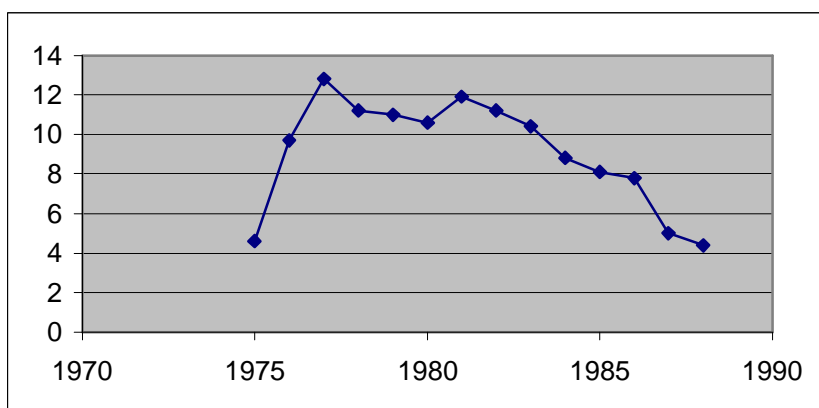
³⁹ Partindo da base do multiplicador, que estipula que o rendimento é função do investimento. Este foi dividido em duas categorias: investimento induzido (endógeno) e investimento autónomo (progresso técnico e investimento público). Os dois mecanismos acelerador e multiplicador vão agir em combinação para provocar o crescimento. O acelerador explica porque é que, a partir do aumento do rendimento, se produz um crescimento subsequente do investimento induzido (V. TORRES, 1995: 6-27).

Após a nacionalização do sector da saúde em Moçambique, que ocorreu aproximadamente um mês depois da independência, o exercício da medicina privada foi proibida ⁴⁰ e o Estado assumiu, assim, a responsabilidade pela manutenção do SNS.

No que respeita à evolução da dotação orçamental do MISAU, nos primeiros anos da independência, registou-se um acréscimo substancial atingindo em 1977 o seu ponto máximo, aproximadamente duas vezes e meia os valores de 1975. Porém, a partir dessa data, a dotação do OGE para o MISAU sofreu uma redução bastante acentuada, excepção feita aos anos de 1981 e 1982, com 11,9% e 11,2%, respectivamente.

O decréscimo verificado não é mais do que o reflexo da degradação da situação económica e social em Moçambique (Figura 1).

Figura 1 - Evolução da dotação orçamental para o MISAU



Fonte: ADAM, Y e GULUBE, L (1997)

Em 1982, procurando satisfazer as necessidades do País, foi determinada a implementação de uma revisão curricular através da qual fosse reduzida a duração do curso da FMM de sete para seis anos. Esta redução era justificada pela urgência de produzir médicos em quantidade. O período em causa foi intensamente marcado pela fusão do partido Frelimo e o governo. Constatou-se um ajustamento do ensino ministrado à realidade política, socioeconómica e cultural do momento, chegando a integrar no *curriculum* durante o período de 1982 a 1984 disciplinas de Marxismo-Leninismo e Economia Política. Tratou-se de uma consequência natural do processo político que estava a ser implementado pela Frelimo (MAZULA, 1995: 143-152).

⁴⁰ A medicina privada foi proibida em termos legais, porém, o seu exercício continuou de uma forma mais subtil. Efectuava-se mesmo com recurso a instalações do sector público (ex.: as clínicas especiais).

Mais tarde em 1985 o plano curricular foi novamente aumentado para sete anos, essa revisão foi a mais longa do pós-independência e atravessou momentos importantes na vida política moçambicana, nomeadamente, o PRE e o PRES, a assinatura do Acordo de paz e as eleições multipartidárias. Foram retiradas as disciplinas de cariz político e introduzidas outras como Educação Física e Inglês. No que respeita à componente de medicina, verificou-se que esta alteração tentou acompanhar a evolução dos tempos, introduzindo disciplinas como Genética e Administração e Gestão Sanitária.

Todavia, com a adaptação efectuada em 1995/96 foram retiradas algumas disciplinas e foi reduzida a carga horária, contudo, mantendo os sete anos de leccionação. Salienta-se que esta última revisão curricular ocorreu num momento em que Moçambique procedia à transição para uma economia de mercado. Ou seja, a evolução ocorrida ao nível do plano curricular do curso ministrado pela FMM procurou acompanhar a transformação da sociedade moçambicana, e foi, em última instância, da responsabilidade do Estado.

3.3. - As expectativas e os investimentos

Em relação às expectativas de que dependem as decisões económicas HODGSON afirma que Keynes dividiu-as em dois grupos. “O primeiro, da *“expectativa de curto prazo”, correspondente ao preço que “um fabricante” espera obter do bem que num dado momento começou a produzir; o segundo, da “expectativa de longo prazo”, relaciona-se com o rendimento futuro esperado se os bens de equipamento forem objecto de um investimento adicional”* (HODGSON, 1994: 217-240). Refere ainda que as expectativas do passado ajudaram a determinar o anterior nível de produção e de investimento, sendo que as expectativas de curto prazo são *“incorporadas nos bens de equipamento actuais relativamente aos quais o empresário tem de tomar as suas decisões”*⁴¹. Por esse motivo, muitos pós-Keynesianos centram a sua atenção no “Estado da Expectativa de Longo Prazo”. Salienta-se que para eles, as expectativas de longo prazo são palpites. Defendem que estas expectativas não se formam apenas no contexto de risco, onde é possível atribuir uma probabilidade definida, mas também em contexto de incertezas relativamente a acontecimentos futuros para os quais *“não existe base científica que permita um cálculo de probabilidade”*⁴².

O próprio Keynes admitiu que embora o ser humano seja racional, ele vive e age num mundo de incerteza generalizada, o que impõe grandes limitações à capacidade de os indivíduos realizarem cálculos racionais e detalhados em relação ao futuro, propondo mesmo que o investimento de longo prazo tome em linha de conta a história. Referindo-se ainda à avaliação resultante da psicologia de massas, salientou que mesmo esta é susceptível de ser alterada por decisões *“irracionais... não existindo qualquer base sólida para uma previsão razoável”*⁴³.

A formação médica é muito exigente em termos de duração e de recursos financeiros. Por outro lado, a elevada taxa de reprovação inviabiliza a

⁴¹ V. Op. cit.

⁴² Idem.

⁴³ Ibidem.

possibilidade de retornos mais rápidos e significativos. Deste modo, a sua imprevisibilidade condiciona os investimentos dos agentes económicos.

Um bom exemplo disto mesmo foi a proibição da prática da medicina privada que aliada aos salários praticados pelo Estado contribuiu para que o interesse pelo curso de medicina diminuísse. A perspectiva vigente, de então, era a de se formar funcionários do Estado para trabalhar em instituições públicas, com a obrigatoriedade desses graduados terem que estar dois anos em zonas rurais isoladas, como chefes de equipas de saúde ou mesmo como médicos isolados. A conjugação destes factores conduzia à FMM um número cada vez menor de candidatos.

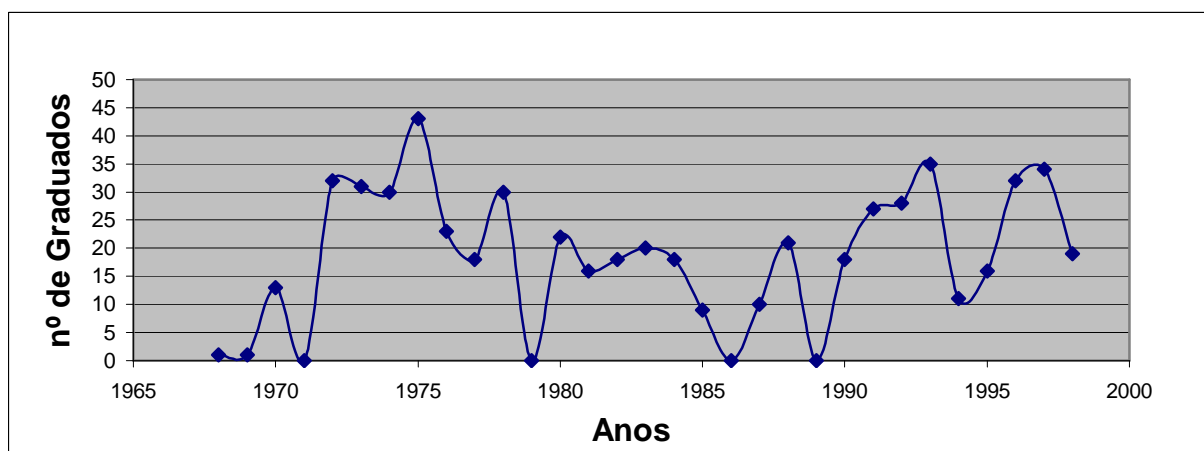
A evolução de ingressos foi, por esse facto, muito reduzida quando comparada com as capacidades da faculdade. Registavam-se perto de 60 ingressos por ano, que por vezes não eram atingidos.

E com a entrada em vigor da Lei n.º 26/91, de 31 de Dezembro, pôs-se um ponto final à proibição da prática de medicina privada, verificando-se um aumento substancial do número de ingressos, que no ano lectivo 1995/96 foi de 70 para cerca de 90 em 1998/99, perspectivando-se que dentro de pouco tempo atinja os 100 ingressos.

Contudo, não obstante haver um aparente objectivo de maximização do óptimo individual por parte dos estudantes, salienta-se que do trabalho efectuado junto deles, se verificou que estes têm como principal motivação a contribuição para o bem-estar público e a sua realização pessoal, até porque, conforme se referiu anteriormente, a quase totalidade dos estudantes tem familiares e amigos próximos que são profissionais de saúde. Logo, neste caso a possibilidade de se auferirem rendimentos mais elevados actua como um estímulo adicional.

Conforme podemos ver na Figura 2, até ao ano lectivo 1997/98 foram formados 576 médicos, dos quais 468 graduaram-se no período que se seguiu à Independência Nacional.

Figura 2 – Número de graduados pela Faculdade de Medicina de Maputo – UEM



Fonte: FMM, 1996

Analizadas as expectativas dos estudantes vamos analisar sucintamente os seguintes agentes económicos que participam no processo de formação médica:

a *FMM*, enquanto principal instituição de ensino médico em Moçambique; o *MISAU*, na qualidade de principal entidade empregadora; *Cooperação Internacional*, em virtude de se tratar da principal fonte de receitas.

Faculdade de Medicina de Maputo

A FMM foi criada em 1963 pelo Governo Colonial Português, tendo sido equipada para garantir as necessidades de graduação médico-cirúrgica de qualidade aceitável. A Faculdade e o seu *Curriculum* visavam a preparação dos estudantes portugueses para serem médicos, sem que isso implicasse o seu estabelecimento definitivo em Moçambique.

No pós-independência o momento político e social vivido em Moçambique marcou de forma indelével a vida da FMM. A Universidade abriu as portas aos estudantes moçambicanos, o que exigiu a adaptação do plano curricular existente às necessidades nacionais. Por outro lado, a estas questões acrescia ainda a necessidade do Governo recém-formado produzir em quantidade na área da educação, relegando o curso de medicina para segundo plano, uma vez que a prioridade era formar professores.

Assim, nos anos subsequentes à independência assistiu-se à redução gradual de estudantes e professores.

Após algumas reformas no plano curricular, a ligeira adaptação introduzida no *Curriculum* em 1995/96 teve por objectivo reduzir a carga horária global do curso, actualizando disciplinas e adequando outras ao conteúdo programático, promovendo uma formação de qualidade (FMM, 1999a).

Actualmente, a Faculdade de Medicina com o curso de medicina–cirúrgica é a principal instituição em Moçambique que concede o grau de licenciado em Medicina, sendo por isso a instituição por excelência vocacionada para a preparação de novos médicos.

Salienta-se que a FMM, até ao momento, não elaborou qualquer cálculo no sentido de saber qual é o custo de formar um médico. No entanto, existe uma estimativa que aponta para os 14.000 USD.

Ministério da Saúde

De acordo com NOORMOHAMED, o rácio de médicos por 1000 habitantes em Moçambique duplicou de 0.02 em 1980 para 0.04 em 1997. Contudo, salienta que ainda está longe da média da Região da África Sub saariana que se situa em 0,1 (NOORMOHAMED, 2000: 189-195).

Logo, o principal problema que parece existir, no que toca à formação de médicos, é que a sua produção é demasiado baixa para as necessidades do MISAU.

Um outro aspecto que é avançado no estudo realizado por McCord é que Moçambique carece de médicos especialistas e que, pelo facto de a produção ser baixa, o Ministério tem que recorrer a especialistas estrangeiros o que se reflecte

nos custos com o sector da Saúde. Esse problema poderá agravar se não se conseguir aumentar o número de graduados por ano e se estes preferirem ir apenas para o sector privado. Porém, no que se refere ao sector onde os estudantes pretendem exercer a sua profissão após concluído o curso, constata-se que a maioria indicou preferir o sector público, muito embora por vezes acumulando com o privado.

É ainda de destacar que a absorção dos graduados que terminam a formação é quase imediata. Ou seja, habitualmente o número de estudantes que conclui a formação é igual ou inferior ao número de vagas que o Ministério dispõe.

Cooperação Internacional

De acordo com o documento elaborado pela Direcção de Planificação e Cooperação do MISAU, para o XXV Conselho Nacional Coordenador da Saúde, sob o tema “Desenvolvimento de um Plano Estratégico do Sector da Saúde e de seu Financiamento”, concluiu-se da importância dos parceiros e outras fontes de financiamento (Ministério da Saúde, 1999a: 7-24). No referido documento é destacado o papel muito activo das ONG na área do Serviço Nacional de Saúde.

Refira-se que no ano de 1997 os gastos do sector da saúde financiados por fundos externos (ONG e donativos/créditos) situaram-se em cerca de 70 milhões de dólares americanos, representando 70,8% do total das fontes de financiamento do sector público (MISAU, 1999b: 7-8).

Como se demonstra, a cooperação visa, em conjunto com o Governo moçambicano, dotar o SNS de meios técnicos e humanos capazes de combater os desequilíbrios entre as zonas rurais e urbanas, além de pretender que o sistema se fortifique de forma a se tornar sustentável.

No tocante ao funcionamento corrente da Faculdade de Medicina a *cooperação internacional* tem também assumido um papel vital de “Balão de Oxigénio”, (FMM, 1996: 2). Constata-se que diversas instituições colaboram com a formação ou com projectos específicos da Faculdade, financiando-os (FMM, 1999b).

3.4. - A “irracionalidade” do *Homo africanus*

África é um bom exemplo de mercados onde o paradigma cultural é substancialmente distinto do dominante não sendo, por isso, possível a aplicação dos princípios de racionalidade ocidental. As sociedades e as redes sociais no seu processo produtivo e redistributivo estão intrinsecamente ligadas a outras actividades sociais e simbólicas. Para HUGON, os comportamentos dos agentes económicos africanos são explicados numa lógica de *economia afectiva*, ou seja, as ligações baseiam-se nas relações de pertença, de parentesco, étnicas ou de religião (HUGON, 1999:75-105).

Se, por um lado, os economistas ortodoxos têm por ambição analisar os comportamentos económicos independentemente das estruturas sociais, definindo a universalidade das motivações (utilitarismo) e da coordenação do mercado em que os agentes económicos respondem ao jogo dos preços e são

“calculadores individuais”, aplicando instrumentos “standard” como sejam as elasticidades-preço e rendimento e as lógicas de optimização, já a realidade dos agentes africanos aponta para lógicas de minimização de riscos, dependendo das suas posições sociais⁴⁴.

Num horizonte incerto, estes agentes económicos privilegiam o curto prazo do mercado e os investimentos inter-geracionais. Não obstante haver preferência pelas formas de distribuição não mercantil e não monetarizadas ou mesmo pela liquidez dos activos monetários em detrimento dos investimentos físicos, verifica-se existir igualmente uma lógica de longo prazo, cabendo à comunidade ou às famílias, em caso de ausência do *welfare state*, o papel de redutores de incerteza⁴⁵. Neste contexto, salienta-se que nesta visão de longo prazo constata-se haver um sacrifício pelos filhos, sendo efectuados investimentos, que Hugon designou por investimentos humanos.

Para o *Homo africanus* cada agente gere o seu interesse na redistribuição em prol dos mais desfavorecidos do grupo ou da comunidade, mesmo que tal represente um ligeiro sacrifício para os mais afortunados. Em virtude da satisfação das obrigações comunitárias ser uma condição prévia ao cálculo utilitarista, que se torna assim residual. Conclui-se, portanto, que o *Homo africanus* ideal é incompatível com o *Homo oeconomicus* preconizado pelos neoclássicos.

No que se refere à formação de médicos pela FMM, verificou-se que as motivações dos estudantes que estiveram na base da decisão de ser médico sofreram uma enorme influência da parte dos familiares e seus amigos mais próximos, mesmo que não sejam reconhecidos pelos próprios. Por outro lado, constata-se que os estudantes indicam maioritariamente que pretendem *contribuir para o bem-estar público* e obter a sua *realização pessoal*. Ou seja, enquanto que os restantes agentes económicos pretendem maximizar o óptimo social, os estudantes visam atingir o óptimo individual e simultaneamente o óptimo social.

⁴⁴ V. *Op. cit.*

⁴⁵ *Idem.*

Conclusões Finais

O presente trabalho procurou analisar as expectativas públicas e privadas que incitam aos investimentos em formação médica, em Moçambique, enquanto investimentos em capital humano, enquadrando esta problemática no âmbito do desenvolvimento.

O desenvolvimento é um conceito que evoluiu da concepção puramente económica – aumento do *stock* de capital e melhoria da alocação dos recursos -, para uma lógica socioeconómica, registando uma transformação conceptual, transitando de *crescimento económico* para *desenvolvimento humano*. O investimento em capital físico e no emprego produtivo mostrou-se incapaz de diminuir a pobreza e a desigualdade social, pelo que o investimento no capital humano foi a solução avançada para promover a melhoria das condições de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, das comunidades onde estes estão inseridos.

Esta “humanização” foi compreendida pelas instituições que participam no processo de transformação da sociedade, contribuindo para que se alterasse a lógica de alocação de verbas. Assim, actualmente, verifica-se uma maior preocupação em canalizar os investimentos para os sectores sociais em virtude de a longo prazo terem retornos duradouros.

No período que se seguiu à independência, Moçambique procedeu à transição da lógica de crescimento económico para o conceito de desenvolvimento humano. Todavia, só em meados dos anos 90 foi possível iniciar os investimentos nos sectores que ao longo de décadas foram destruídos pela acção da guerra e de um conjunto de outros constrangimentos. Apesar do arranque tardio, Moçambique parece agora apostado em investir nos sectores que permitirão a longo prazo retornos individuais e sociais para a sua população.

O investimento na educação permite que os indivíduos desenvolvam as suas capacidades pessoais, originando uma utilização mais eficiente do factor trabalho e possibilitando que auferam rendimentos mais elevados ao longo da sua vida produtiva. Em termos sociais a educação está associada a um conjunto de atitudes que conduzem ao fortalecimento das instituições da sociedade civil e à participação democrática, à diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna, à redução da fertilidade, permitindo o aumento da produtividade feminina. Por outro lado, a acumulação do *stock* saúde permite que o indivíduo reduza o tempo perdido por motivo de doença, permitindo, assim, que esteja mais tempo disponível para actividades produtivas. Como se depreende o investimento em ambas as formas de capital humano produz resultados satisfatórios.

Em virtude destes investimentos terem retornos sociais importantes, os custos que não possam ser assumidos pelos indivíduos, deverão ser assumidos pelo Estado, ou por outras instituições que tenham uma participação activa no desenvolvimento, de acordo com as suas expectativas.

Na abordagem da questão do investimento em formação e saúde analisámos algumas ideias base da teoria do Capital Humano, tendo concluído que a sua perspectiva utilitarista das expectativas racionais não incorpora a

“irracionalidade” *Homo africanus*, baseada numa lógica de economia afectiva que tão bem caracteriza a economia africana. A ortodoxia neoclássica ao acreditar na universalidade da ciência económica, torna-se incapaz de entender as actividades de alguns agentes económicos que se pautam por comportamentos fortemente ligados a relações de pertença e parentesco.

No que respeita aos resultados obtidos em Moçambique salienta-se que foram analisados agentes económicos com diferentes expectativas em relação ao investimento em capital humano. Todavia, verificou-se que todos entendiam o investimento na formação médica como sendo um factor potenciador de desenvolvimento.

Concluiu-se que as ONG e outras instituições internacionais do âmbito da cooperação têm vindo a assumir um papel cada vez mais interventivo na sociedade moçambicana, através do apoio à formação médica e da participação em grupo de definição de políticas no sector da saúde. O Estado é cada vez menos visto como o único responsável pelo investimento nesta formação.

Verificou-se ainda que a maioria dos agentes económicos que intervém na formação médica visa sobretudo o óptimo social. Contudo, as expectativas entre os estudantes apontam nos dois sentidos. Por um lado, pretendem contribuir para o bem-estar social e por outro visam maximizar o seu óptimo individual.

Bibliografia

ABEL-SMITH, Brian (1994), *An introduction to Health Policy, Planning and Financing*, New York: Longman.

ADAM, Y e **GULUBE**, L. (1997) *História da Saúde em Moçambique Post-Independência: Políticas e estratégias do Sistema Nacional de Saúde*, Maio de 1997, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Centro de Estudos de População.

AMARO, R Roque (1990), *Desenvolvimento e injustiça estrutural*, in Estratégias de Desenvolvimento – textos de apoio, ISCTE, pp. 448-459.

BACKSTRÖM, Barbara e **FERRINHO**, Paulo (1997) *Os serviços da saúde em Moçambique antes da independência*, Lisboa, IHMT/UNL, CMDT.

BACKSTRÖM, Barbara e **FERRINHO**, Paulo (1998) *Socialisation of Medical Students*, Lisboa, IHMT/UNL, CMDT.

BARRO, R (1994), *Economic Grow and convergence*, Occasional papers, nº 46, International Center for Economics Growth Publication, San Francisco – California.

BECKER, G (1983), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, wit Special Reference to Education*, 2nd ed., University of Chicago Press.

BLAUG, Mark (1991), *An Introduction to the Economics of Education*, Gregg Revivals.

DENIS, Henri (1993), *História do Pensamento Económico*, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Faculdade de Medicina de Maputo (FMM) da UEM (1994), *Revisão Curricular – proposta de novo currículo*, Abril de 1994, Maputo: FMM.

Faculdade de Medicina de Maputo (FMM) da UEM (1996), *Relatório Anual do ano lectivo 1995/96 – UEM – Faculdade de Medicina de Maputo*, Maputo: FMM.

Faculdade de Medicina de Maputo (FMM) da UEM (1999a), *Revisões Curriculares do Curso Médico-cirúrgico*, Maputo: FMM.

Faculdade de Medicina de Maputo (FMM) da UEM (1999b), *Relatório Anual na Área da Docência: ano lectivo 1997/98*, Maputo: FMM.

FERRINHO, P; **LERBERGHE**, W. V.; **JULIEN**, M. R. et al. (1998), *How and Why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries*, Health Policy and Planning, 13 (3), Oxford University Press, pp. 332-338.

FOLLAND, S; **GOODMAN**, A and **STANO** (1997), *The Economics of Health and Health care*, 2nd ed. Prentice Hall, New Jersey: Upper Saddle River.

Gabinete de Estudos e Planeamento (1992) *O impacto económico da educação sobre a produtividade do trabalho*, Julho de 1992, Gabinete de Estudos e Planeamento, Ministério da Educação, in Série: Recursos Humanos.

GHAI, Dharam (1990), *Participatory development: some perspectives from gran-roots experiences*, in Estratégias de desenvolvimento, ISCTE, pp. 215-246.

GIRALDES, Maria (1997), *Economia da Saúde: da teoria à prática*, Imprensa Universitária, 107, Lisboa: Editorial Estampa.

HANLON, Joseph (1997), *Paz sem benefício: como o FMI bloqueia a reconstrução de Moçambique*, Março de 1997, 1ª Ed. Moçambicana: Colecção Nosso Chão.

HIRSCHMAN, Albert O. (1984), *L'Économie comme Science Morale et Politique*, Paris: Gallimard/Seuil.

HODGSON, Geoffrey M (1994), *Economia e Instituições: manifesto por uma economia institucionalista moderna*: Celta Editora.

HUGON, P (1999), *A Economia de África*, Lisboa: Editora Vulgata.

KEYNES, John M. (1992), *A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*, 8ª tiragem, São Paulo: Editora Atlas S.A. .

MAZULA, Brazão (1995), *Educação, Cultura e Ideologia em Moçambique: 1975-1985 (Em busca de fundamentos filosófico-antropológicos)*, Fundo Bibliográfico da Língua Portuguesa: Edições Afrontamento.

McCORD, C; **COSTA**, J L; **SCHIAPA**, M (1998), *Relatório de Consultoria sobre a Formação de Médicos Especialistas Moçambicanos no período 1999-2010*, Maputo: MISAU.

MILLS, Anne and **LEE**, Kenneth (1993), *Health Economics Research in Developing Countries*, Oxford: Oxford University Press.

Ministério da Saúde (1999a), *O Desenvolvimento de um Plano Estratégico do Sector Saúde e de seu Financiamento*, Abril de 1999, Direcção de Planificação e Cooperação/Direcção de Administração e Gestão, XXV Conselho Nacional Coordenador de Saúde, Maputo.

Ministério da Saúde (1999b), *Relatório Anual de Actividade 1998*, Direcção de Planificação e Cooperação/Direcção de Administração e Gestão, XXV Conselho Nacional Coordenador de Saúde, Maputo, Abril de 1999.

NEWITT, Malyn (1997), *História de Moçambique*, Colecção "Biblioteca da História": Publicações Europa-América.

NOORMOHAMED, A R (2000), *Coping with the consequences of reform: challenges for policymakers in Mozambique*, in Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies, Health Services Organisation & Policy, 16, pp 189-195.

OPPENHEIMER, Jochen (1996), *A interdisciplinidade na ciência económica - para um projecto de renovação*, Primeiras jornadas científico - pedagógicas, Novembro de 1991, in Aspectos Sociais do Desenvolvimento (Vol. I e II), Texto de Apoio do Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Lisboa: ISEG – UTL.

Organização das Nações Unidas (2001), *Plano para consecução dos objectivos da Cimeira do Milénio*, Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, Lisboa.

PINTO, C G (1995), *A avaliação económica de projectos de investimento no sector da saúde: O caso de Moçambique*, CeSA, Lisboa.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1994), *Relatório do Desenvolvimento Humano 1994*, Lisboa: Tricontinental Editora.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1998), *Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano – Moçambique*, 1998, Maputo: PNUD.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2002), *Relatório do Desenvolvimento Humano 2002*, Lisboa: PNUD.

ROENEN, C, FERRINHO, P et. Al. (1997), *How African doctors make ends meet: an exploration. Tropical Medicine and International Health* 2, pp. 127-135.

SCHULTZ, T. P. (1993), *Human Capital Investment in Women and Men: Micro and Macro evidence of Economics Returns*, Occasional papers, nº 44, International Center for Economics Growth Publication, San Francisco – California.

SCHWALBACH, João (1998), *Saúde e medicina: o Eu e o Outro*, extracto do livro “Estigmatizar e Desqualificar – Casos, Análises, Encontros”, Maputo: Livraria Universitária - UEM.

SEN, Amartya (2002), *Desenvolvimento como Liberdade*, Companhia das Letras, São Paulo.

SILVA, R. Ferreira (1997), *O Estado Novo e o ensino nas colónias*, Revista História, nº 30, pp. 24-35.

SINGER, Sir Hans W. (1996), *How Relevant is Keynesianism Today for Understanding Problems of Development ?*, Texto de Apoio nº 21 do Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Lisboa: ISEG – UTL.

STIGLITZ, Joseph (1998), *Towards a New Paradigma for Development: Strategies, Policies, and Processes*, UNCTAD, Geneva.

TORRES, Adelino (1995), *Economia do Desenvolvimento – Problemas Teóricos do crescimento e do desenvolvimento* (Vol. I e II), Texto de Apoio ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Lisboa: ISEG – UTL

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância (1979), *Cuidados Primários de Saúde* - Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, 6-12 de Setembro de 1978, Brasil.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (1998), *Situação Mundial da Infância 1998*, Brasília – DF: B&C Revisão de Textos SP.

World Bank (1995), *Advancing Social Development – World Bank contribution to the Social Summit*.

World Health Organization (1989), *Formulating Strategies for Health For All by the Year 2000*, Genebra: WHO.

World Health Organization (1996), *Doctors for health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all*, Geneva, WHO.

World Health Organization (1998), *Estratégia Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde*, Comité Regional Africano, Setembro de 1998, 48ª sessão, Harare.